

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE
(FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo _____

data _____

1. Dati Anagrafici

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ M ☐ F ☐

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DOMICILIATO IN VIA/P.ZZA _____ CAP _____

RESIDENZA (se diversa dal domicilio) _____

ASL DI RESIDENZA _____ DISTRETTO _____ Tel _____

Tel. Cellulare _____ EMAIL _____

La richiesta è per:

Hospice residenziale ☐Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP) ☐Obiettivi di cura: controllo dei sintomi ☐ supporto alla famiglia ☐**Provenienza della Richiesta**

Data della richiesta di presa in carico _____

IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA: ☐ a domicilio ☐ in ospedale ☐ altro^(specificare) _____Richiesta proveniente da: ☐ Struttura sanitaria ☐ MMG ☐ Medico Specialista

Tipo struttura di provenienza

Ospedale/Reparto _____

Medico referente del caso/telefono _____

Richiedente (Firma e Timbro del Medico) _____ Codice prescrittore _____

Informativa preliminareIl malato è consapevole della diagnosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl malato è consapevole della prognosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl familiare è consapevole della diagnosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl familiare è consapevole della prognosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl Paziente e/o Familiare sono stati chiaramente informati che è stata fatta la domanda di assistenza per l'UCP domiciliare o per l'hospice residenziale? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono? ☐ SI ☐ NO

Firma del paziente o del familiare di riferimento _____

2. Strutture di Ricovero (segnalare fino a un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)

	Struttura	Note
1		
2		
3		
4		

3.Scheda Medica

Patologia principale	☐ oncologica	☐ non oncologica
Specificare la patologia	(codice ICD9-CM) _____	
Specificare la recidiva	(codice ICD9-CM) _____	
Specificare eventuali metastasi	(codice ICD9-CM) _____	
Infezioni in atto? (se si specificare)	☐ NO	☐ SI _____
Il paziente è in trattamento con finalità palliative?	☐ NO	☐ SI (se si specificare quale tipo e durata) _____
TIPO _____	Farmaci _____	
Precedenti trattamenti attuati:		
☐ Chirurgia ☐ Chemioterapia ☐ Radioterapia ☐ Nessuno ☐ Altro _____		

Terapia in atto

Farmaco	Dettagli terapia

Altre patologie rilevanti

codice ICD9-CM	Descrizione

Schede di valutazione

Indice di Karnofsky

☐ 100	Paziente in salute	☐ 50	Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
☐ 90	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	☐ 40	Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
☐ 80	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	☐ 30	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
☐ 70	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	☐ 20	Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
☐ 60	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	☐ 10	Paziente moribondo

Indice del dolore (Indicare l'intensità del dolore secondo la scala NRS)

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
Sede del dolore (specificare)										

Sintomi principali (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)

☐ Agitazione	☐ Angoscia	☐ Anoressia	☐ Ansia
☐ Astenia/Fatica	☐ Cefalea	☐ Confusione	☐ Delirium
☐ Depressione	☐ Diarrea	☐ Disfagia	☐ Dispepsia
☐ Dispnea	☐ Edemi	☐ Emorragia	☐ Febbre
☐ Insonnia	☐ Mucosite	☐ Prurito	☐ Sopore
☐ Stipsi	☐ Sudorazione	☐ Tosse	☐ Tremori/Mioclonie
☐ Vertigini	☐ Vomito/Nausea	☐ Xerostomia	☐ Altro
Altre problematiche ☐ Alcolismo ☐ Tossicodipendenza ☐ Problemi psichiatrici			

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica ☐	Catetere venoso centrale	SI ☐	NO ☐
		Centrale ☐			
		Nessuna ☐			
	Enterale	SNG ☐	Stomie	SI ☐	NO ☐
		PEJ ☐			
		PEG ☐			
		Nessuna ☐	Drenaggi	SI ☐	NO ☐
			Medicazioni	SI ☐	NO ☐
Ossigeno terapia	Al bisogno ☐		Lesioni da pressione	SI ☐	NO ☐
	Continuativa ☐				
	Nessuna ☐				
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva ☐		Altro	SI ☐	NO ☐
	Non invasiva ☐		(specificare)		
	Nessuna ☐				

Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni ☐	Breve < 30 giorni ☐	Media < 90 giorni ☐	Lunga > 90 < 180 giorni ☐
---	--	--	--

4.Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome	Nome
Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare)	
Indirizzo	
Telefono fisso e cellulare	
Altre persone di sostegno	

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	NO ☐	SI ☐	Minori a carico	NO ☐	SI ☐
Convivente con problemi psichiatrici	NO ☐	SI ☐	Persona sola	NO ☐	SI ☐
Convivente alcolista	NO ☐	SI ☐	Problematiche familiari sociali	NO ☐	SI ☐
Convivente tossicodipendente	NO ☐	SI ☐	Abitazione non idonea	NO ☐	SI ☐

Ruolo dei familiari

☐ costante e attivo ☐ parzialmente attivo ☐ occasionale, su richiesta ☐ inconsistente

5. Piano Assistenziale Individuale (barrare i bisogni individuati al momento della richiesta)

☐ Controllo del dolore	☐ Controllo sintomi psicocomportamentali (angoscia, agitazione, delirium, etc.)
☐ Controllo dispnea	☐ Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc.)
☐ Medicazioni complesse	☐ Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee etc.)
☐ Supporto trasfusionale	☐ Sedazione terminale
☐ Ascolto/supporto al paziente e famiglia	☐ Accudimento del paziente per autonomia ridotta o assente
☐ Altro (specificare).....	

Scheda informativa sulla privacy ed autocertificazione (DCA 431 /2012)

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

- 1) *Quali dati trattiamo?* I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.
- 2) *Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?* I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate per la protezione dei dati.
- 3) *E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti?* I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di instaurare il rapporto necessario per assisterla.
- 4) *A chi possono essere comunicati i dati, quali è l'ambito di diffusione?* Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
- 5) *Quali sono i suoi diritti, come farli valere?* Lei, in quanto "interessato", ha, in ogni momento, la possibilità di esercitare i Suoi diritti (artt. 15-21 del Regolamento Ue 679/2016) e, in caso di non adeguato o mancato, ha, altresì, il diritto di rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento) o alla competente Autorità Giudiziaria (art. 79 del Regolamento). Per esercitare i suddetti diritti può rivolgersi all'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (titolare del trattamento) con sede legale in Roma, Via Borgo Santo Spirito 3, i cui dati di contatto sono i seguenti: Pec: protocollo@pec.aslroma1.it; recapito telefonico: 06.68351. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), denominato anche Data Protection Officer (DPO), sono i seguenti: indirizzo mail: dpo@aslroma1.it; recapito telefonico: 063306-2791-92; 2794, telefax: 0633062792.
- 6) *Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare?* Ogni professionista della ASL e del Comune tratta i Suoi dati. Oltre all'Asl Roma 1, il Comune di Roma è titolare del trattamento.

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

AUTORIZZO il personale a rendere nota la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

 Viterbo il _____

Firma*

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE GENERICA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

in qualità di¹:

☐ esercente la responsabilità genitoriale;

☐ ² persona fiduciaria;

☐ esercente la legale rappresentanza;

☐ amministratore di sostegno;

☐ ³ prossimo congiunto;

☐ persona convivente;

☐ ⁴ altro

dell'interessato/a⁵ _____
(nome) (cognome)

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

e che lo stesso/a si trova in una delle seguenti condizioni:

☐ impossibilità fisica,

☐ incapacità di agire

☐ incapacità di intendere o di volere.

 Viterbo il

Firma _____

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

¹ Barrare la pertinente casella per indicare la qualità del dichiarante in relazione al rapporto con l'interessato.

² Solo se l'interessato, maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, abbia indicato la S.V. quale persona di sua fiducia che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie (art. 4 della L. 219/2017).

³ Manca, se non ai soli effetti della legge penale, una chiara e certa individuazione normativa al riguardo; invero solo l'art. 307 del Codice Penale ne dà una definizione, intendendo per prossimi congiunti i seguenti: gli ascendenti, i discendenti, il coniuge, la parte di un'unione civile tra persone dello stesso sesso, i fratelli, le sorelle, gli affini nello stesso grado, gli zii e i nipoti.

⁴ Es. persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, ecc.

⁵ È la persona a cui si riferisce la segnalazione/richiesta di intervento distrettuale.

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE
(FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo _____

data _____

1. Dati Anagrafici

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ M ☐ F ☐

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DOMICILIATO IN VIA/P.ZZA _____ CAP _____

RESIDENZA (se diversa dal domicilio) _____

ASL DI RESIDENZA _____ DISTRETTO _____ Tel _____

Tel. Cellulare _____ EMAIL _____

La richiesta è per:

Hospice residenziale ☐Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP) ☐Obiettivi di cura: controllo dei sintomi ☐ supporto alla famiglia ☐**Provenienza della Richiesta**

Data della richiesta di presa in carico _____

IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA: ☐ a domicilio ☐ in ospedale ☐ altro^(specificare) _____Richiesta proveniente da: ☐ Struttura sanitaria ☐ MMG ☐ Medico Specialista

Tipo struttura di provenienza

Ospedale/Reparto _____

Medico referente del caso/telefono _____

Richiedente (Firma e Timbro del Medico) _____ Codice prescrittore _____

Informativa preliminareIl malato è consapevole della diagnosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl malato è consapevole della prognosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl familiare è consapevole della diagnosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl familiare è consapevole della prognosi? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl Paziente e/o Familiare sono stati chiaramente informati che è stata fatta la domanda di assistenza per l'UCP domiciliare o per l'hospice residenziale? ☐ SI ☐ NO ☐ ParzialmenteIl Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono? ☐ SI ☐ NO

Firma del paziente o del familiare di riferimento _____

2. Strutture di Ricovero (segnalare fino a un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)

	Struttura	Note
1		
2		
3		
4		

3.Scheda Medica

Patologia principale	☐ oncologica	☐ non oncologica
Specificare la patologia	(codice ICD9-CM) _____	
Specificare la recidiva	(codice ICD9-CM) _____	
Specificare eventuali metastasi	(codice ICD9-CM) _____	
Infezioni in atto? (se si specificare)	☐ NO	☐ SI _____
Il paziente è in trattamento con finalità palliative?	☐ NO	☐ SI (se si specificare quale tipo e durata) _____
TIPO _____	Farmaci _____	
Precedenti trattamenti attuati:		
☐ Chirurgia ☐ Chemioterapia ☐ Radioterapia ☐ Nessuno ☐ Altro _____		

Terapia in atto

Farmaco	Dettagli terapia

Altre patologie rilevanti

codice ICD9-CM	Descrizione

Schede di valutazione

Indice di Karnofsky

☐ 100	Paziente in salute	☐ 50	Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
☐ 90	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	☐ 40	Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
☐ 80	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	☐ 30	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
☐ 70	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	☐ 20	Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
☐ 60	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	☐ 10	Paziente moribondo

Indice del dolore (Indicare l'intensità del dolore secondo la scala NRS)

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
Sede del dolore (specificare)										

Sintomi principali (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)

☐ Agitazione	☐ Angoscia	☐ Anoressia	☐ Ansia
☐ Astenia/Fatica	☐ Cefalea	☐ Confusione	☐ Delirium
☐ Depressione	☐ Diarrea	☐ Disfagia	☐ Dispepsia
☐ Dispnea	☐ Edemi	☐ Emorragia	☐ Febbre
☐ Insonnia	☐ Mucosite	☐ Prurito	☐ Sopore
☐ Stipsi	☐ Sudorazione	☐ Tosse	☐ Tremori/Mioclonie
☐ Vertigini	☐ Vomito/Nausea	☐ Xerostomia	☐ Altro
Altre problematiche ☐ Alcolismo ☐ Tossicodipendenza ☐ Problemi psichiatrici			

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica ☐	Catetere venoso centrale	SI ☐	NO ☐
		Centrale ☐			
		Nessuna ☐			
	Enterale	SNG ☐	Stomie	SI ☐	NO ☐
		PEJ ☐			
		PEG ☐			
		Nessuna ☐	Drenaggi	SI ☐	NO ☐
			Medicazioni	SI ☐	NO ☐
Ossigeno terapia	Al bisogno ☐		Lesioni da pressione	SI ☐	NO ☐
	Continuativa ☐				
	Nessuna ☐				
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva ☐		Altro	SI ☐	NO ☐
	Non invasiva ☐		(specificare)		
	Nessuna ☐				

Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni ☐	Breve < 30 giorni ☐	Media < 90 giorni ☐	Lunga > 90 < 180 giorni ☐
---	--	--	--

4.Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome	Nome
Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare)	
Indirizzo	
Telefono fisso e cellulare	
Altre persone di sostegno	

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	NO ☐	SI ☐	Minori a carico	NO ☐	SI ☐
Convivente con problemi psichiatrici	NO ☐	SI ☐	Persona sola	NO ☐	SI ☐
Convivente alcolista	NO ☐	SI ☐	Problematiche familiari sociali	NO ☐	SI ☐
Convivente tossicodipendente	NO ☐	SI ☐	Abitazione non idonea	NO ☐	SI ☐

Ruolo dei familiari

☐ costante e attivo ☐ parzialmente attivo ☐ occasionale, su richiesta ☐ inconsistente

5. Piano Assistenziale Individuale (barrare i bisogni individuati al momento della richiesta)

☐ Controllo del dolore	☐ Controllo sintomi psicocomportamentali (angoscia, agitazione, delirium, etc.)
☐ Controllo dispnea	☐ Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc.)
☐ Medicazioni complesse	☐ Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee etc.)
☐ Supporto trasfusionale	☐ Sedazione terminale
☐ Ascolto/supporto al paziente e famiglia	☐ Accudimento del paziente per autonomia ridotta o assente
☐ Altro (specificare).....	

Scheda informativa sulla privacy ed autocertificazione (DCA 431 /2012)

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

- 1) *Quali dati trattiamo?* I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.
- 2) *Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?* I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate per la protezione dei dati.
- 3) *E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti?* I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di instaurare il rapporto necessario per assisterla.
- 4) *A chi possono essere comunicati i dati, quali è l'ambito di diffusione?* Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
- 5) *Quali sono i suoi diritti, come farli valere?* Lei, in quanto "interessato", ha, in ogni momento, la possibilità di esercitare i Suoi diritti (artt. 15-21 del Regolamento Ue 679/2016) e, in caso di non adeguato o mancato, ha, altresì, il diritto di rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento) o alla competente Autorità Giudiziaria (art. 79 del Regolamento). Per esercitare i suddetti diritti può rivolgersi all'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (titolare del trattamento) con sede legale in Roma, Via Borgo Santo Spirito 3, i cui dati di contatto sono i seguenti: Pec: protocollo@pec.aslroma1.it; recapito telefonico: 06.68351. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), denominato anche Data Protection Officer (DPO), sono i seguenti: indirizzo mail: dpo@aslroma1.it; recapito telefonico: 063306-2791-92; 2794, telefax: 0633062792.
- 6) *Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare?* Ogni professionista della ASL e del Comune tratta i Suoi dati. Oltre all'Asl Roma 1, il Comune di Roma è titolare del trattamento.

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

AUTORIZZO il personale a rendere nota la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

Roma, _____

Firma*

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE GENERICA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

in qualità di¹:

☐ esercente la responsabilità genitoriale;

☐ ² persona fiduciaria;

☐ esercente la legale rappresentanza;

☐ amministratore di sostegno;

☐ ³ prossimo congiunto;

☐ persona convivente;

☐ ⁴ altro

dell'interessato/a⁵ _____
(nome) (cognome)

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ (prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

e che lo stesso/a si trova in una delle seguenti condizioni:

☐ impossibilità fisica,

☐ incapacità di agire

☐ incapacità di intendere o di volere.

Roma, li

Firma _____

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

¹ Barrare la pertinente casella per indicare la qualità del dichiarante in relazione al rapporto con l'interessato.

² Solo se l'interessato, maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, abbia indicato la S.V. quale persona di sua fiducia che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie (art. 4 della L. 219/2017).

³ Manca, se non ai soli effetti della legge penale, una chiara e certa individuazione normativa al riguardo; invero solo l'art. 307 del Codice Penale ne dà una definizione, intendendo per prossimi congiunti i seguenti: gli ascendenti, i discendenti, il coniuge, la parte di un'unione civile tra persone dello stesso sesso, i fratelli, le sorelle, gli affini nello stesso grado, gli zii e i nipoti.

⁴ Es. persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, ecc.

⁵ È la persona a cui si riferisce la segnalazione/richiesta di intervento distrettuale.